

Georgetown Medical Clinic

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMUNICACIONES FINANCIERAS

Acuerdo financiero.

- Reconozco que, como cortesía, Georgetown Medical Clinic puede facturar a mi compañía de seguros por los servicios que me preste.
- Estoy de acuerdo en pagar los servicios que no se cubran o los cargos que se cubran y que no se incluyan en su totalidad, que incluyen pero no se limitan a cualquier copago, coaseguro y/o deducible, o cargos que no cubra el seguro.
- Entiendo que hay una tarifa por cheques devueltos.

Cobro de terceros. Reconozco que Georgetown Medical Clinic puede utilizar los servicios de un asociado comercial tercero o una entidad afiliada como una oficina de negocios ampliada («EBO Servicer») para la facturación y el servicio de cuentas médicas.

Georgetown Medical Clinic

Asignación de beneficios. Por este medio asigno a Georgetown Medical Clinic cualquier seguro u otros beneficios de terceros disponibles para los servicios de atención médica que se me proporcionen. Entiendo que Georgetown Medical Clinic tiene el derecho de rechazar o aceptar la asignación de tales beneficios. Si estos beneficios no se asignan a Georgetown Medical Clinic, estoy de acuerdo en reenviar todos los pagos de seguro médico o de terceros que yo reciba por los servicios que se me presenten inmediatamente después de la recepción.

Certificación de paciente de Medicare y asignación de beneficio. Certifico que cualquier información que yo proporcione, de haberla, al solicitar el pago bajo el Título XVIII ("Medicare") o el Título XIX ("Medicaid") de la Ley de Seguridad Social es correcta. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre a Georgetown Medical Clinic por el programa de Medicare o Medicaid.

Consentimiento de llamadas telefónicas para comunicaciones financieras. Estoy de acuerdo en que para que Georgetown Medical Clinic, o Extended Business Office (EBO) Servicers y los agentes de cobranza, con el fin de dar servicio a mi cuenta o cobrar cualquier cantidad que yo pueda adeudar, estoy de acuerdo expresamente y consiento que Georgetown Medical Clinic o EBO Servicer y los agentes de cobranza puedan contactarme por teléfono a cualquier número de teléfono, sin limitación al teléfono inalámbrico, que he proporcionado o Georgetown Medical Clinic o EBO Servicer y los agentes de cobranza han obtenido o a cualquier número de teléfono reenviado o transferido desde ese número, con respecto de los servicios prestados, o mis obligaciones financieras relacionadas. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o el uso de un dispositivo de marcación automática, según corresponda.

Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Firma del paciente/representante del paciente:

X _____ Fecha _____

Si usted no es el paciente, por favor identifique su relación con el paciente.

(Marque con un círculo o una marca la(s) relación(es) de la lista a continuación):

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Garante |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre | <input type="checkbox"/> Poder notarial para atención médica |
| <input type="checkbox"/> Tutor legal | <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____ |